

Oklahoma Complete Health

Guía de Referencia Rápida de Beneficios

¡Enfóquese en estar sano! Utilice este folleto como una ayuda para entender mejor su nuevo plan de salud y beneficios.



REVISE EL CONTENIDO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LO SIGUIENTE:



Servicios de atención médica.



Cómo ganar recompensas.



Servicios de valor agregado.



Cómo encontrar un proveedor de
atención primaria (PCP).



Dónde ir para obtener cuidados.



Formularios de salud importantes.














¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. O visite **OklahomaCompleteHealth.com** en cualquier momento.

Revisado en mayo de 2025

Incluya a Oklahoma Complete Health como Parte de su Plan

Oklahoma Complete Health proporciona una cobertura de atención médica de calidad, junto con programas y servicios valiosos. De esta manera, usted y su familia pueden enfocarse en estar sanos. Utilice este folleto para aprovechar al máximo su seguro. Téngalo a mano para obtener información útil sobre su plan de salud.

Contenido:

	Obtenga Más Información sobre su Cobertura.....	2
	Transporte	3
	Servicios de Valor Agregado	4
	Cree su Cuenta de Miembro en Línea	9
	Saber Dónde ir para Obtener Cuidados.....	10
	Su Cuidado Cuando Cambia de Planes de Salud o de Doctores	12
	Cuéntenos sobre su Salud	14
	Comience a Ganar Recompensas <i>myhealthpays</i> ®	15
	Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)	16
	Notificación de Embarazo	18
	Declaración de No Discriminación	20
	Notificación de Prácticas de Privacidad	
	Formularios y Sobre	

EN LÍNEA

Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para crear su cuenta en línea del portal para miembros. En el portal, puede hacer lo siguiente:

- Ver los beneficios de su plan de salud.
- Ver su tarjeta de ID.
- Ver reclamos, autorizaciones y más.

SI NO DISPONE DE ACCESO A INTERNET

- Lea este folleto y otros materiales para miembros.
- Complete los formularios que se encuentran al dorso de este folleto y envíelos por correo usando el sobre prepagado.
- Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) con el fin de obtener ayuda para encontrar un Proveedor de Atención Primaria (PCP) o realizar cualquier otra pregunta.

Si necesita este material en otro idioma o formato, los servicios de traducción están disponibles sin costo alguno. Esto puede incluir ayudas escritas, visuales y auditivas. Llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

UTILICE ESTA LISTA COMO AYUDA PARA COMENZAR

Siga los pasos que se indican a continuación. Complete los formularios necesarios. Marque las casillas al finalizar cada paso.



Obtenga Más Información Sobre Sus Beneficios

☐

Encuentre información importante sobre sus beneficios y servicios en este folleto y en el manual del miembro de Oklahoma Complete Health. El manual se encuentra en línea en **OklahomaCompleteHealth.com**. En la página de inicio, haga clic en el menú desplegable "For Members" (Para Miembros) y seleccione "SoonerSelect." Luego, haga clic en "Member Resources" (Recursos para Miembros) en el menú de la izquierda y seleccione "Member Handbook and Forms" (Manual del Miembro y Formularios). Desde allí, puede ver su manual del miembro y otros materiales importantes. Si desea copias impresas, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Se las enviaremos sin costo alguno.



Cree su Cuenta del Portal para Miembros

☐

Cree su cuenta del portal para miembros en línea siguiendo los pasos de la página 9.

Inicio de sesión: _____

Contraseña: _____

Guarde esta información en un lugar seguro.



Complete el Formulario de My Health Screening (Mi Información de Salud)

☐

El Formulario de My Health Screening nos ayuda a estar informados sobre sus necesidades de atención médica. Utilizamos este formulario para averiguar cualquier cambio que haya experimentado en su salud. Por eso es importante completar este formulario cada año. Al tener esta información, podemos satisfacer sus necesidades de salud específicas con más servicios o recursos. Complete el formulario que se encuentra en el reverso de este folleto. Devuélvalo utilizando el sobre prepagado. También puede completar el formulario en línea escaneando el código QR en el formulario o visitando su portal para miembros en **Member.OklahomaCompleteHealth.com**.



Comience a Ganar *myhealthpays*® Recompensas

☐

¡Los miembros de Oklahoma Complete Health pueden ganar recompensas solo con mantenerse saludables! Visite **OklahomaCompleteHealth.com** o consulte la página 15 para obtener más información sobre *myhealthpays*®.



Haga una Cita para Ver a su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

☐

Nombre del PCP: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Horario de Atención: _____ Fecha de la Primera Cita: _____

Cambie de PCP en **Member.OklahomaCompleteHealth.com**.



Notificación de Embarazo

☐

Si está embarazada, complete el Formulario de Notificación de Embarazo al dorso de este folleto. Devuélvalo utilizando el sobre prepagado. También puede completar el formulario en línea visitando su portal para miembros en **Member.OklahomaCompleteHealth.com**.

Gane \$25 en recompensas *myhealthpays*® por completar el formulario en su primer trimestre (13 semanas) o \$10 por completarlo en su segundo trimestre (semanas 14 a 27). También puede ganar \$25 en recompensas *myhealthpays*® por asistir a una consulta *prenatal* Start Smart for Your Baby® (antes del nacimiento) y \$10 por asistir a una consulta *posparto* (después del nacimiento). Llame al administrador de su caso de obstetricia (OB) para obtener más detalles*. *Pueden aplicarse restricciones.



Oklahoma Complete Health ofrece muchos servicios de atención médica*. Esta es solo una descripción general. Revise sus beneficios para ver si un determinado servicio médico, de oftalmología o de salud conductual está cubierto.

*Se aplican limitaciones.



Servicios médicos:

- Visitas al consultorio del proveedor.
- Medicamentos.
- Exámenes de laboratorio.
- Radiografías.
- Atención médica a domicilio.
- Admisiones en un hospital.
- Suministros médicos.



Servicios de oftalmología:

- Exámenes oculares.
- Anteojos.



Servicios de salud conductual y para tratar el abuso de sustancias:

- Servicios de análisis conductual aplicado (ABA).
- Terapia, apoyo familiar y capacitación.
- Servicios de asesoramiento individual, grupal y familiar.
- Servicios certificados de la clínica de salud conductual comunitaria (CCBHC).
- Evaluación y tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados.
- Detección y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos los servicios contra la adicción y ayuda con los síntomas de abstinencia.
- Servicios de salud mental proporcionados en un entorno residencial.
- Hospitalización parcial.
- Servicios de tratamiento diurno.
- Servicios de apoyo a la recuperación entre pares.
- Manejo de casos de rehabilitación.



Emergencia:

Si necesita transporte de emergencia, como una ambulancia, llame al **911**.

Cuando no se trata de una emergencia:

Oklahoma Complete Health puede ayudarle a ir y volver de sus citas de atención cubiertas por Medicaid. Este servicio se le proporcionará de manera gratuita. El transporte que no es de emergencia puede tratarse de vehículos personales, taxis, camionetas y transporte público. Llame a servicios de transporte al **1-877-718-4212** para reservar. Debe llamar por lo menos 72 horas antes de su cita, excluyendo fines de semana y días festivos oficiales.

Transporte mejorado:

Los servicios de transporte mejorado incluyen lo siguiente:

- Quince viajes de ida y vuelta por miembro al año para apoyar los determinantes sociales de las necesidades de salud. Estos pueden ser:
 - Recursos alimentarios como tiendas de comestibles, despensas de alimentos o mercados de agricultores.
 - Servicios del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).
 - Cuidado de niños.
 - Entrevistas de trabajo.
 - Actividades educativas.
 - Grupos de apoyo.
- Un viaje de ida y vuelta por día a los padres o tutores para visitar a un niño hospitalizado.
- Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia podrían llevar hasta cuatro niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil.*

* El número total de pasajeros no puede ser más de cinco.



Los miembros de Oklahoma Complete Health pueden obtener los beneficios adicionales que se enumeran a continuación. Para obtener servicios, llámenos al 1-833-752-1664 (TTY: 711) o hable con su administrador de cuidados.

Beneficio	Descripción
Membresías para Boys & Girls Clubs	Oklahoma Complete Health proporciona membresías de Boys & Girls Club para socios de 6 a 18 años (beneficio máximo de \$125 por año).
Respire Mejor en Casa	<p>Oklahoma Complete Health proporciona ayuda para el autocontrol del asma a través de los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Visitas a domicilio por parte de un administrador de cuidados o un trabajador de salud comunitaria para examinar el hogar en busca de polvo, plagas, moho, etc.• Educación en el hogar sobre el asma.• Ayuda para dejar de fumar.• Subsidios de hasta \$250 por miembro por año para ayudar con cosas como ropa de cama especial, control de plagas, limpieza de alfombras, limpiadores especiales y purificadores de aire.• Nebulizador adicional para miembros de 0 a 18 años de edad.
ConnectionsPlus®	A través de ConnectionsPlus®, Oklahoma Complete Health proporciona teléfonos celulares y planes de datos sin costo a los miembros de la administración de cuidados que no tienen acceso seguro y confiable a servicios telefónicos y a la web, o que no reúnen los requisitos para programas telefónicos federales. ConnectionsPlus® les permite a los miembros tener acceso a proveedores, administradores de cuidados, servicios de telesalud y al 911 .
Aplicación Digital Behavioral Health (BH)	<p>Oklahoma Complete Health ofrece a los miembros de 13 años o mayores acceso a myStrength® Complete, nuestra aplicación digital de BH para la educación y el asesoramiento en salud. myStrength® cuenta con herramientas en línea personalizadas para ayudar a los miembros con la depresión, la ansiedad, el estrés, el consumo de sustancias, el dolor crónico y problemas de sueño. Los miembros pueden utilizar la aplicación mediante nuestro sitio web en cualquier momento.</p> <p>myStrength® también respalda los aspectos físicos y espirituales de la salud de la persona. Los miembros mayores de 18 años también pueden acceder a dos áreas más mediante myStrength® Complete:</p> <ul style="list-style-type: none">• Visitas virtuales a proveedores de BH.• Asistencia para la prevención de suicidios de Choose Tomorrow.



Beneficio	Descripción
Apoyo educativo y habilidades laborales	<p>Oklahoma Complete Health ofrece tres beneficios para ayudar a los miembros a mejorar sus calificaciones en la escuela u obtener su diploma o Examen del Desarrollo Educativo General (GED). Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tutoría GED y vales para exámenes para miembros de 16 años o más sin su diploma de escuela secundaria.• Tutoría en persona o virtual para miembros calificados desde el jardín de infantes al 12.º grado. Los miembros deben pertenecer a administración de cuidados y estar en riesgo de desaprobación una o más materias troncales. Se limita a 24 sesiones por año. Los miembros deben vivir en uno de los siguientes códigos postales: 73084, 73111, 73117, 73129, 73141, 74106, 74110, 74115, 74126, 74127, 74330 y 74944.• Becas en Rose State College para miembros adultos en administración de cuidados que deseen obtener la microcertificación de trabajador de salud comunitario (CHW).
Servicios de transporte mejorado	<p>Oklahoma Complete Health ofrece los siguientes beneficios de transporte mejorados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quince viajes de ida y vuelta por miembro al año para apoyar los determinantes sociales de las necesidades de salud. Estos pueden ser:<ul style="list-style-type: none">– Recursos alimentarios como tiendas de comestibles, despensas de alimentos o mercados de agricultores.– Servicios del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).– Cuidado de niños.– Entrevistas de trabajo.– Actividades educativas.– Grupos de apoyo.• Un viaje de ida y vuelta por día a los padres o tutores para visitar a un niño hospitalizado.• Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia podrían llevar hasta cuatro niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil.* <p><i>* El número total de pasajeros no puede ser más de cinco.</i></p>
Salud, bienestar y alfabetización en salud	<p>Oklahoma Complete Health ayuda a los miembros a hacerse cargo de su salud, aprender sobre sus condiciones y participar en comportamientos saludables. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acceso gratuito a nuestra biblioteca de salud en línea Krames Staywell, que cuenta con más de 4,000 artículos fáciles de leer. Los miembros pueden aprender sobre bienestar, enfermedades, planes de atención, medicamentos y otros consejos y datos de salud.• Nuestro Healthy Kids Club les envía a los miembros jóvenes una tarjeta de regalo de \$10 para un nuevo libro, un paquete de bienvenida, una tarjeta de membresía del Kids Club y un boletín trimestral cuando un padre o tutor los suscribe.• Reach Out and Read, con un subsidio para servicios en Zonas de Potenciación de la Salud. Este programa asesora a las familias sobre la importancia de leer con sus hijos y comparte libros que contribuyen al desarrollo saludable de la infancia.



Beneficio	Descripción
Peso saludable	Oklahoma Complete Health ofrece membresías de WeightWatchers® a miembros adultos de 18 años de edad en adelante cuyo índice de masa corporal (BMI) sea igual o mayor que 30. Los miembros también pueden unirse si un proveedor remite al miembro al programa como una manera de reducir el BMI a través de una alimentación saludable y un aumento de la actividad física.
Inseguridad y falta de vivienda	Oklahoma Complete Health apoya a los miembros que experimentan inseguridad o falta de vivienda haciendo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Asociarse con organizaciones que proporcionan albergue para los miembros que sufren falta de vivienda después de haber sido dados de alta de un hospital de Oklahoma City.• Asociarse con Servicios de Asistencia Legal para ofrecer apoyo a los miembros en la administración de cuidados que necesitan ayuda con la educación, para conseguir empleo, vivienda, beneficios de servicios sociales, seguridad personal o familiar, o asuntos legales relacionados con la salud.
My Health Pays®	Los miembros de Oklahoma Complete Health pueden ganar recompensas completando actividades saludables como exámenes anuales, pruebas y más. Gaste sus recompensas en Walmart® o por necesidades como alquiler, servicios públicos y cuidado de niños*. Después de completar una actividad saludable, agregaremos los fondos directamente a su tarjeta prepaga Visa® de My Health Pays®. * Las recompensas no se pueden utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego.
Apoyo nutricional y seguridad alimentaria	Oklahoma Complete Health ofrece los siguientes beneficios: <ul style="list-style-type: none">• Hasta \$100 al año en vales de alimentos saludables Food Rx para miembros que han dado positivo en la inseguridad alimentaria.• Catorce comidas especializadas entregadas a domicilio para miembros calificados en la administración de cuidados al alta hospitalaria, incluidas aquellas con embarazos de alto riesgo.• Para los miembros en la administración de cuidados que necesitan más asesoramiento nutricional debido a condiciones crónicas, ampliamos el beneficio de asesoramiento nutricional del estado, por lo que serán cuatro horas más al año.
Productos de venta libre (OTC)	Oklahoma Complete Health proporciona un beneficio de OTC a todos los miembros por hasta \$30 por trimestre. Los fondos pueden ser utilizados en medicamentos para resfriado, tos o alergia, vitaminas, suplementos, preparaciones oftálmicas/óticas, analgésicos, productos gastrointestinales, primeros auxilios, productos de higiene, repelente de insectos, productos para la higiene bucal y cuidado de la piel. Los miembros pueden ver el catálogo de OTC completo en nuestro sitio web. Haga su pedido en línea (cvs.com/benefits), por teléfono (1-888-628-2770 , TTY: 711) o en cualquier CVS Pharmacy.



Beneficio	Descripción
Ampliación del límite de prescripción	Los medicamentos importantes no contarán para el límite mensual de seis recetas de los miembros. Estos incluyen la mayoría de los medicamentos que tratan infecciones, convulsiones, salud mental, salud cardíaca y diabetes.
Pyx Health (Pyx)	Pyx es una aplicación móvil que reduce el aislamiento social. Proporciona compañía y recursos a los miembros adultos que están aislados socialmente o que tienen una afección y que se beneficiarían del contacto diario mediante Pyx. Los miembros reciben llamadas telefónicas del Pyx Compassionate Call Center e interactúan diariamente mediante Pyx, un chatbot amistoso disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, que proporciona una experiencia interactiva y de apoyo.
Ready for my Recovery	Nuestro beneficio Ready for My Recovery ayuda a los miembros en su camino de recuperación. Ofrece una recompensa de \$30 de My Health Pays® por cada seis meses de participación activa en el tratamiento de recuperación, así como una mochila de recuperación que incluye una botella de agua, un kit de autocuidado, un diario, un bolígrafo e información y recursos de BH.
Control de pacientes a distancia en caso de embarazo de alto riesgo	Nuestro programa de control de pacientes a distancia es para miembros embarazadas con presión arterial alta que tienen o están en riesgo de tener preeclampsia. Combina telemedicina con tecnología celular y lecturas en tiempo real de la presión arterial, el azúcar en la sangre y la salud fetal. También proporciona acceso virtual a profesionales médicos durante y después del embarazo. El programa necesita la aprobación de su médico. Llame a su administrador de cuidados de Oklahoma Complete Health para aprender más sobre este servicio.
Cuidados de relevo	Oklahoma Complete Health da hasta 48 horas más por año de servicios de relevo para miembros con servicios de relevo o enfermería de servicio privado que han utilizado todos los servicios de relevo cubiertos y basados en la comunidad. Esto ayuda a reducir el agotamiento del cuidador y permite tener tiempo para asistir a la capacitación en cuidados de acogida o a citas personales.
Exámenes físicos para hacer deportes e ir de campamento	Oklahoma Complete Health cubre los exámenes físicos de deportes o campamentos para los miembros jóvenes de 5 a 18 años. El examen físico analiza lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Altura, peso y presión arterial.• Visión.• El corazón y los pulmones.• Articulaciones y movimiento.
Beneficios de Start Smart for Your Baby®	Además de nuestro programa Start Smart for Your Baby® basado en evidencias, los miembros obtienen varios beneficios más, tales como: <ul style="list-style-type: none">• \$30 por mes en el club de pañales para miembros de 0 a 1 año de edad cuyos padres pertenezcan a administración de cuidados y el programa Start Smart for Your Baby®.• Un extractor de leche de uso hospitalario para apoyar la lactancia materna (uno por embarazo).• Una cuna portátil y educación para que el bebé duerma de forma segura (una cuna por embarazo).• Acceso ilimitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a la atención virtual durante el embarazo y hasta 12 meses después del parto en condados identificados de alto riesgo. Los beneficios incluyen doulas, apoyo a la lactancia, apoyo social, transiciones de la NICU, etc. <i>continúa en la página siguiente</i>



Servicios de Valor Agregado

Beneficio	Descripción
Beneficios de Start Smart for Your Baby® (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo a los miembros durante el embarazo y hasta 12 meses después del parto a través de Health in Her HUE. Health in Her HUE conecta a las mujeres negras y las mujeres de color con proveedores de atención médica culturalmente sensibles, contenido de salud basado en evidencias, eventos de la comunidad y más.• Traslados a citas para las mujeres afiliadas en la administración de cuidados y que están transitando embarazos de alto riesgo.• Educación prenatal y clases para padres cuando son referidos por un administrador de cuidados.
Servicios para dejar de fumar	Oklahoma Complete Health puede brindarle ayuda si desea dejar de consumir tabaco. Dejar de fumar puede ayudar en ciertas condiciones crónicas de salud. Oklahoma Complete Health también ofrece recompensas My Health Pays® a los miembros que desean dejar de fumar. Gane \$25 por el primer llenado de medicamentos recetados para dejar de fumar y \$50 por completar el programa.
Subsidios para sanación tradicional	Oklahoma Complete Health respeta sus preferencias culturales en cuanto a la atención médica. Otorgamos un subsidio de \$250 por año para la sanación ceremonial o espiritual que puede ayudar en la mejora de la salud física o conductual y bienestar general. El miembro debe estar inscrito en una tribu reconocida federalmente.
Servicios de la visión para adultos	Oklahoma Complete Health amplía los servicios de visión cubiertos por el estado para miembros mayores de 21 años ofreciendo un examen ocular de rutina anual y \$150 para el costo de anteojos o lentes de contacto cada dos años.
Membresía YMCA	Proporcionamos membresías de adultos y jóvenes para las YMCA locales a fin de apoyar la actividad física y un estilo de vida saludable para los miembros. La membresía de YMCA se puede renovar por hasta un año completo.

También ofrecemos los siguientes beneficios sin costo adicional:



- ✓ Ayuda adicional para afecciones de salud complejas mediante nuestros programas de administración de atención médica y enfermedades.
- ✓ Coordinación de la atención médica con programas y servicios de su comunidad. Los miembros pueden usar nuestro portal Findhelp personalizado en: **ochpublic.findhelp.com** para explorar recursos de la comunidad en su área.
- ✓ Una Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las **24 horas del día, los 7 días de la semana** para brindarle asesoramiento sobre cualquier problema relacionado con la salud. Llame al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para hablar con un miembro del personal de enfermería.



Visite **OklahomaCompleteHealth.com** para ver lo siguiente:



Nuestro directorio de proveedores: el directorio de proveedores en línea de Oklahoma Complete Health tiene la lista más actualizada de proveedores de atención médica dentro de la red. Esta lista se actualiza diariamente. Además puede utilizar nuestra herramienta “Find a Provider” (“Buscar un Proveedor”) en **findaprovider.oklahomacompletehealth.com** para buscar un proveedor en su área.



Su manual del miembro: en la página de inicio, haga clic en el menú desplegable “For Member” (Para Miembros) y seleccione “SoonerSelect.” Luego, haga clic en “Member Resources” (Recursos para Miembros) en el menú de la izquierda y seleccione “Member Handbook and Forms” (Manual del Miembro y Formularios). Desde allí, puede ver su manual del miembro y otros materiales importantes. Si desea copias impresas, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Se las enviaremos sin costo en un plazo de cinco días hábiles.

Cree su Cuenta del Portal para Miembros en Línea



Obtener su información médica en línea es fácil. Para comenzar, visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para crear una cuenta con EntryKeyID. Si ya tiene una cuenta de EntryKeyID, puede utilizar el mismo correo electrónico y contraseña para el portal para miembros de Oklahoma Complete Health.

Para crear una cuenta, necesitará lo siguiente:

- ✓ Una dirección de correo electrónico.
- ✓ Su identificación (ID) de miembro, tal y como aparece en su tarjeta de ID.
- ✓ Su nombre, apellido y fecha de nacimiento.

Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** y haga clic en “Create New Account” (Crear nueva cuenta). Siga las instrucciones que aparecen en pantalla para crear una ID y una contraseña. Después de iniciar sesión, tendrá que introducir su ID de miembro y su fecha de nacimiento para vincular su nuevo EntryKeyID.

Una vez configurada su cuenta en el portal para miembros de Oklahoma Complete Health, podrá ver sus datos de salud, declaraciones, evaluaciones de riesgos y mucho más. Su EntryKeyID también se puede utilizar para acceder a sus datos médicos desde aplicaciones de terceros que admiten el acceso de pacientes.



Saber Dónde ir para Obtener Cuidados

Obtenga los Cuidados Adecuados en el Lugar Adecuado

Asegúrese de saber dónde obtener atención médica cuando la necesite. Si usted se enferma o se lesiona, tiene varias opciones para obtener la atención que necesita.



PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Su PCP es su proveedor principal. Si su condición no es urgente ni pone en riesgo su vida, llame a su PCP primero. Puede ayudarle con lo siguiente:

- Resfriados, gripe o fiebre.
- Atención médica para problemas de salud crónicos, como el asma o la diabetes.
- Chequeo rutinario anual.
- Vacunas (inyecciones).
- Consejos generales sobre su salud general.



LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA

Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame al 1-833-752-1664 (TTY: 711) para obtener respuestas sobre su salud. Nuestro personal de enfermería también puede ayudarle a decidir a dónde acudir para recibir atención. Llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería si necesita alguna de estas cosas:

- Ayuda para saber si debe ir a un centro de atención de urgencia o esperar a ver a su PCP.
- Ayuda para cuidar a un niño enfermo.
- Respuestas sobre su salud.



CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Los centros de atención de urgencia ayudan a tratar enfermedades o lesiones graves, pero que no ponen en peligro la vida. Si el consultorio de su PCP está cerrado, un centro de atención de urgencia puede brindarle atención de manera rápida y práctica. Los centros de atención de urgencia también pueden ofrecer tiempos de espera más cortos que las Salas de Emergencias (ER). Vaya a un centro de atención de urgencia para lo siguiente:

- Esguinces.
- Infecciones de oído.
- Fiebre alta.
- Síntomas de gripe con vómitos.



SALA DE EMERGENCIAS (ER)

Cualquier problema que pueda poner en peligro su vida (o la vida de su hijo(a) por nacer, si está embarazada) sin atención médica inmediata se considera una emergencia. Los servicios de emergencia tratan lesiones accidentales o condiciones médicas que ponen en riesgo la vida. Diríjase a la ER si tiene lo siguiente:

- Fracturas.
- Sangrado que no se detiene.
- Dolores de parto u otro sangrado (si está embarazada).
- Dolores torácicos intensos o síntomas de un ataque cardíaco.
- Síntomas de accidente cerebrovascular, como dificultad para hablar, caída facial o entumecimiento de los brazos.
- Sobredosis de medicamentos.
- Ingesta de veneno.
- Quemaduras graves.
- Convulsiones.
- Dificultad para respirar.
- Una repentina incapacidad de ver, moverse o hablar.
- Heridas con pistola o cuchillo.
- Lesión autoinfligida que necesita atención médica.

Aunque algunas cosas pueden parecer una emergencia en ese momento, solo debe usar la ER si es para emergencias verdaderas. Evite la ER y llame a su PCP, a la Línea de Asesoramiento de Enfermería o a un centro de atención de urgencia para cuestiones como las siguientes:

- Un resfriado, dolor de garganta, dolor de oído o gripe.
- Esguinces o distensiones.
- Cortes o rasguños que no requieren puntos de sutura.
- Medicamentos o resurtidos de medicamentos recetados.
- Erupción debido al pañal.



SERVICIOS PARA CRISIS DE SALUD MENTAL

Los servicios para crisis de salud mental ayudan a las personas cuyo comportamiento podría ponerlas en riesgo de lastimarse a sí mismas o a otras personas. Llame o envíe un mensaje de texto a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis al 988 si tiene lo siguiente:

- Un ataque de pánico.
- Depresión extrema o ansiedad.
- Problemas de drogas o alcohol.
- Pensamientos suicidas.
- Pensamientos de querer hacerse daño a sí mismo o a otros.



Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos

- ✓ Cuando se inscribe en Oklahoma Complete Health, puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido aprobado por su seguro de salud anterior o SoonerCare, incluso si el proveedor que está viendo está fuera de la red. Las autorizaciones previas se respetarán hasta que se utilicen los servicios o hasta 90 días después de que comiencen los beneficios de su nuevo plan, lo que ocurra primero. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor de nuestra red para obtener servicios adicionales que necesite.
- ✓ Si está embarazada cuando se une a Oklahoma Complete Health, puede continuar con la atención que estaba recibiendo antes de unirse a nuestro plan. Puede seguir viendo a su proveedor, incluso si está fuera de la red. Si está transitando el segundo o tercer trimestre de su embarazo, puede continuar con su cuidado durante el período de posparto que comienza inmediatamente después del parto y se extiende por unas seis semanas. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor de la red.
- ✓ Si está recibiendo quimioterapia o tratamiento por radiación, diálisis, servicios de trasplante de órganos o tejidos principales, cirugía bariátrica, tratamiento con SYNAGIS® para el virus respiratorio sincicial (RSV), medicamentos para la hepatitis C o si tiene una enfermedad terminal, puede continuar con su plan de tratamiento actual cuando cambie de plan de salud.
- ✓ Continuaremos cubriendo sus servicios fuera del estado y/o asistencia para comidas y alojamiento si ya estaba recibiendo estos servicios de SoonerCare cuando usted se unió a nuestro plan.
- ✓ Si está esperando equipo médico duradero o suministros autorizados y solicitados antes de unirse a nuestro plan, le ayudaremos a obtener estos artículos a tiempo.
- ✓ Si recibe servicios para cualquiera de las siguientes condiciones, puede seguir recibiendo esos servicios de su proveedor actual hasta por 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Luego de 90 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red. Estas condiciones incluyen lo siguiente:
 - Hemofilia.
 - Condiciones médicas crónicas o agudas.
 - Preocupaciones de salud conductual.



- ✓ Los niños que reciben servicios privados de enfermería seguirán recibiendo dichos servicios. Estos servicios solo cambiarán si realizamos una nueva evaluación y determinamos que su hijo necesita diferentes servicios.
- ✓ Si su PCP deja Oklahoma Complete Health, le informaremos por escrito al menos dentro de los 15 días desde que nosotros recibamos tal información. Le indicaremos cómo elegir un nuevo PCP o elegiremos uno por usted si no lo hace.
- ✓ Si elige dejar Oklahoma Complete Health, compartiremos su información de salud con su nuevo plan.



**Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al
1-833-752-1664 (TTY: 711).**



Cuéntenos sobre su Salud

Oklahoma Complete Health quiere ayudarle a estar saludable y mantenerse de esta forma. Nuestro formulario de My Health Screening nos ayuda a estar informados sobre sus necesidades de salud actuales.

My Health Screening le hará preguntas sobre su salud actual. Su proveedor y su plan de salud utilizarán esta información para conocer cualquier cambio de salud que haya tenido o para satisfacer mejor sus necesidades de salud. Por eso es importante completar este formulario cada año. Al tener esta información, podemos satisfacer sus necesidades de salud específicas con servicios adicionales.

COMPLETE EL FORMULARIO DE MY HEALTH SCREENING

Hay varias formas de completar el formulario:

- 1** Vea el reverso del folleto del formulario de My Health Screening. Complételo y envíelo por correo en el sobre con franqueo prepago.
- 2** Escanee el código QR para completar el formulario en línea.
- 3** Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para completar el formulario en el portal de miembros.



Escanee con su teléfono para completar este formulario en el portal para miembros.



Si está en nuestro programa de administración de cuidados, un miembro de nuestro equipo de coordinación de cuidados lo llamará para completar el formulario por teléfono. Este formulario es confidencial.

Asegúrese de completar un formulario por cada miembro de Oklahoma Complete Health en su hogar. Si necesita más formularios, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o complete formularios adicionales en línea. Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** e inicie sesión en su portal para miembros.

Recuerde que debe completar este formulario todos los años. Como parte de nuestro programa My Health Pays®, obtendrá una recompensa de \$10 por rellenar el formulario.



¡Ganar recompensas es fácil!

Después de completar una actividad saludable, añadiremos el monto de recompensa directamente a su tarjeta prepaga* Visa® de My Health Pays®.

Si aún no tiene una tarjeta, le enviaremos una después de completar su primera actividad saludable. Puede seguir acumulando recompensas de My Health Pays® completando más actividades saludables. Agregaremos nuevas recompensas a su tarjeta una vez que se nos notifique.



Usted puede ganar recompensas por completar actividades como realizarse exámenes anuales, análisis y más.

Canjee sus recompensas en tiendas como Walmart o en artículos de primera necesidad como alquiler, servicios públicos y cuidado de niños.**

** Esta tarjeta prepagada My Health Pays® Visa® es emitida por The Bancorp Bank, N.A., de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no se puede utilizar en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa.*

*** Las recompensas no se pueden utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego.*



Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) es su médico personal principal.

Es importante que elija un PCP cuando se inscriba en nuestro plan. Si no eligió un PCP, seleccionaremos uno para usted.

Para encontrar un PCP, visite **findaprovider.oklahomacompletehealth.com**. Ingrese su dirección, ciudad, condado o código postal (ZIP) y, a continuación, presione “Select your plan” (Seleccione su plan). En el menú desplegable, seleccione “SoonerSelect” y presione “Continue” (Continuar). Aparecerá una serie de fichas. Haga clic en “Medical Professionals” (Profesionales Médicos). Luego, haga clic en “Primary Care” (Atención Primaria). Puede elegir una especialidad opcional o simplemente presione el botón “Search” (Buscar). Aparecerá una lista de proveedores que puede ordenar con las opciones del lado izquierdo de la pantalla.

Una vez que haya encontrado un PCP, puede configurar o cambiar su proveedor en el portal para miembros en **Member.OklahomaCompleteHealth.com** o llamándonos al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

DESPUÉS DE ELEGIR A SU PCP, ASEGÚRESE DE PROGRAMAR UNA CITA.



Asegúrese de programar una cita para que puedan conocerse. Desarrollar una relación sólida con su PCP lo ayuda a sentirse cómodo hablando de su salud.

Su PCP mantendrá sus registros y estará al tanto de cualquier cambio en su salud. Llame siempre a su PCP cuando se sienta enfermo o tenga preguntas sobre su salud. Puede cambiar su PCP en cualquier momento a través del portal para miembros o llamando a Servicios para Miembros.

Un chequeo anual con su PCP es la mejor manera de mantenerse informado sobre su salud. Hable con su PCP sobre cualquier cambio que haya notado o las preocupaciones que pueda tener. Su PCP puede recomendar la realización de exámenes u otros cuidados preventivos para ayudar a controlar su salud. Aproveche esta oportunidad y plantee todas las preguntas que tenga. Si necesita ayuda para programar esta consulta, llámenos al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).



MANTÉNGASE INFORMADO SOBRE LA SALUD DE SU HIJO(A)

Los bebés y los niños pequeños también deben acudir a su proveedor regularmente. Es importante que su hijo(a) tenga una visita anual de control de salud, incluso cuando no esté enfermo. En la siguiente tabla, se muestra la edad en que los bebés, niños pequeños y adolescentes deben ver a un PCP.

PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD



Nacimiento

- ☐ Entre 3 y 5 días.
- ☐ 1 mes.
- ☐ 2 meses.
- ☐ 3 meses.
- ☐ 4 meses.
- ☐ 6 meses.
- ☐ 9 meses.



Primera infancia

- ☐ 12 meses.
- ☐ 15 meses.
- ☐ 18 meses.
- ☐ 24 meses.
- ☐ 30 meses.
- ☐ 3 años.
- ☐ 4 años.



Infancia media y adolescencia

- ☐ Cada año hasta que su hijo cumpla 21 años.

El control de salud de su hijo incluye un examen y vacunas para ayudar a prevenir enfermedades. Hable con el proveedor de su hijo(a) acerca de cualquier inquietud o problema de salud.





Notificación de Embarazo

Cuide de Usted y de su Bebé

Start Smart for Your Baby®

Nuestro programa Start Smart for Your Baby® ofrece asistencia y atención personalizadas para embarazadas y madres primerizas. Start Smart for Your Baby® la ayuda a enfocarse en su salud durante el embarazo y el primer año de su bebé.

START SMART FOR YOUR BABY® LE OFRECE ESTOS BENEFICIOS SIN COSTO ALGUNO:

- Información sobre el cuidado durante el embarazo y del recién nacido.
- Ayuda comunitaria con la vivienda, la comida, la ropa y las cunas.
- Apoyo y recursos para la lactancia materna.
- Personal médico para trabajar con usted y su proveedor si experimenta algún problema durante su embarazo.
- Consejos de salud por mensaje de texto y correo electrónico para usted y su recién nacido.

CÓMO EMPEZAR

Si está embarazada, complete nuestro Formulario de Notificación de Embarazo en línea. También puede encontrar una copia del formulario en el reverso del folleto. Complételo y envíelo por correo utilizando el sobre prepagado. Haremos un seguimiento para informarle los detalles de nuestro programa Start Smart for Your Baby®.

Gane \$25 en recompensas de My Health Pays® por completar el formulario de Notificación de Embarazo dentro de su primer trimestre (13 semanas) o \$10 por completarlo en su segundo trimestre (semanas 14 a 27).



Statement of Non-Discrimination

Oklahoma Complete Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Oklahoma Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

Oklahoma Complete Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Oklahoma Complete Health at **1-833-752-1664** (TTY: **711**). We're here for you Monday-Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

If you believe that Oklahoma Complete Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with Oklahoma Complete Health by mail, phone, fax or email at:

1557 Coordinator
P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631
Phone: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)
Fax: **1-866-388-1769**
Email: **SM_Section1557Coord@centene.com**

If you need help filing a grievance, our **1557 Coordinator** is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).

Complaint forms are available at **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

This notice is available at Oklahoma Complete Health website:

https://www.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement_of_Non_Discrimination.html

Declaración de No Discriminación

Oklahoma Complete Health cumple con las leyes Federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Oklahoma Complete Health no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Oklahoma Complete Health:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Estamos aquí para usted De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Si considera que Oklahoma Complete Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante Oklahoma Complete Health por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico:

1557 Coordinator
P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631
Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)
Fax: **1-866-388-1769**
Email: **SM_Section1557Coord@centene.com**

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles a la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica mediante el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono mediante la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

Esta notificación está disponible en el sitio web de Oklahoma Complete Health:

https://www-es.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement_of_Non_Discrimination.html

If you need this material in another language or format, translation services are available at no cost including written, visual and audible aids. Call Oklahoma Complete Health at **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Español (Spanish)	Si necesita este material en otro idioma o formato, contamos con servicios de traducción disponibles sin costo alguno, entre los que se incluyen ayudas escritas, visuales y auditivas. Llame a Oklahoma Complete Health al 1-833-752-1664 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese)	Nếu quý vị cần tài liệu này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác, chúng tôi cung cấp dịch vụ dịch thuật miễn phí bao gồm hỗ trợ bằng văn bản, hình ảnh và âm thanh. Gọi Oklahoma Complete Health theo số 1-833-752-1664 (TTY: 711).
中文 (Chinese)	如需其他語言或格式的資料，您可以免費使用翻譯服務，包括書面、視覺和語音輔助。請撥打 Oklahoma Complete Health 電話 1-833-752-1664 (TTY : 711)。
한국어 (Korean)	다른 언어 또는 형식으로 이 자료가 필요한 경우 서면 및 시청각 도구 등의 번역 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-833-752-1664 (TTY: 711)번으로 Oklahoma Complete Health에 전화해 주십시오.
Deutsch (German)	Wenn Sie dieses Material in einer anderen Sprache oder in einem anderen Format benötigen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungsdienstleistungen zur Verfügung, einschließlich schriftlicher, visueller und akustischer Hilfsmittel. Sie erreichen Oklahoma Complete Health unter 1-833-752-1664 (TTY: 711).
العربية (Arabic)	إذا كنت بحاجة إلى هذه المواد بلغة أو تنسيق آخر، تتوفر خدمات الترجمة بدون تكلفة بما في ذلك الوسائل المساعدة المكتوبة والمرئية والصوتية. اتصل بـ Oklahoma Complete Health على الرقم 1-833-752-1664 (TTY: 711).

<p>မြန်မာ (Burmese)</p>	<p>ဤအကြောင်းအရာကို အခြားဘာသာစကားဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားဖောမတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ လိုအပ်ပါက စာဖြင့်ရေးသားထားသော၊ ရုပ်ပုံဖြင့်ပြထားသော၊ အသံကြားနိုင်စေရန်ပြုလုပ်ထားသော အထောက်အကူများအပါအဝင် ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ Oklahoma Complete Health ဖုန်းနံပါတ် 1-833-752-1664 (TTY- 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။</p>
<p>Hmong (Hmong)</p>	<p>Yog tias koj xav tau cov ntaub ntawv no ua lwm hom lus los sis lwm hom ntawv, yuav muaj cov kev pab cuam txhais lus yam tsis tau them nqi nrog rau kev sau ntawv, cov ntaub ntawv pom thiab cov khoom pab mloog kom hnov lus. Hu rau Oklahoma Complete Health ntawm 1-833-752-1664 (TTY: 711).</p>
<p>Tagalog (Tagalog)</p>	<p>Kung kailangan ninyo ang materyal na ito sa ibang wika o format, available ang mga serbisyo sa pagsasalin nang libre kabilang ang mga nakasulat, visual, at audible na tulong. Tawagan ang Oklahoma Complete Health sa 1-833-752-1664 (TTY: 711).</p>
<p>Français (French)</p>	<p>Si vous avez besoin de ce document dans une autre langue ou un autre format, des services de traduction sont disponibles gratuitement, y compris des aides écrites, visuelles et sonores. Appelez Oklahoma Complete Health au 1-833-752-1664 (TTY : 711).</p>
<p>ພາສາລາວ (Laotian)</p>	<p>ຫາກທ່ານຕ້ອງການເອກະສານນີ້ໃນພາສາ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລວມທັງບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອແປຂຽນ, ແບບຮູບພາບ ແລະ ສຽງ. ໂທຫາ Oklahoma Complete Health ທີ່ເບີ 1-833-752-1664 (TTY: 711).</p>

ไทย (Thai)	หากคุณต้องการเอกสารนี้ในภาษาหรือรูปแบบอื่น คุณสามารถใช้บริการแปลภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย รวมถึงเอกสารคู่มือ ภาพ และเสียง โทรติดต่อ Oklahoma Complete Health ที่ 1-833-752-1664 (TTY: 711)
اُردو (Urdu)	اگر آپ اس مواد کو کسی دوسری زبان یا فارمیٹ میں چاہتے ہیں تو بغیر کسی قیمت کے ترجمہ کی خدمات دستیاب ہیں جن میں تحریری، ویزوئل اور قابل سماعت امداد شامل ہیں۔ Oklahoma Complete Health کو 1-833-752-1664 (TTY: 711) پر کال کریں۔
CWE ᏍᎦᐃᏳᏉ (Cherokee)	Tahwee Ꮜᓇᑲ AD Ꮖᕈᒋᔪᑯ Jᖅ anᖁᖁ, ᑭᗴᑐᑲ EJ Dᑐ ᖁᖁᑐ, dᖅᑵᑵᑐᖁ DᖁᖁᖁᑐY DSᖁWJ ᖀᑐY ᖅJ dEGGJ Lᖁᖁᖅ AᑐᕈD, ᖀᑐJ DᖁᖁᖁᑐY Dᑐ SVOᖁᑐ DᖁᖁᖁᑐY. ᖁᖁᖁᙹ Oklahoma Complete Health DS 1-833-752-1664 (TTY: 711).
فارسی (Persian)	اگر این مطالب را به زبان یا در قالب دیگری نیاز دارید، خدمات ترجمه رایگان از جمله کتبی، دیداری، و شفاهی دردسترس است. از طریق شماره Oklahoma Complete Health با 1-833-752-1664 (TTY: 711) تماس بگیرید.



Notificación de Prácticas de Privacidad de Oklahoma Complete Health

EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

Entrada en vigor a partir del 5/2/2024

For help to translate or understand this, please call **1-833-752-1664**.
Hearing impaired (TTY: **711**).

Para obtener ayuda para traducir o entender esta notificación, llame al **1-833-752-1664**.
Personas con Discapacidad Auditiva (TTY: **711**).

Obligaciones de la Entidad Cubierta:

Oklahoma Complete Health es una Entidad Cubierta según se define y regula en virtud de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Oklahoma Complete Health tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una vulneración de la seguridad de su PHI no protegida.

Esta Notificación describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Oklahoma Complete Health se reserva el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Oklahoma Complete Health revisará y distribuirá esta Notificación de manera oportuna cada vez que se realice un cambio importante en alguno de los siguientes aspectos:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Publicaremos las Notificaciones revisadas en nuestro sitio web o se enviarán por correo de manera separada.

Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:

Oklahoma Complete Health protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad tanto de la información sobre su raza, etnia e idioma (REL), como de su orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad que nos pueden ayudar para ese fin.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.

Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:

A continuación, se presenta una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Normas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicio al cliente, la respuesta a reclamos y apelaciones, y la administración y la coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades de mejora
- Revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- Administración del cuidado y coordinación de la atención médica
- Detección o prevención de fraudes y abusos en la atención médica

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y está segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y los servicios.

Esta información nos ayuda en los siguientes aspectos:

- A comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- A conocer su idioma de preferencia cuando acuda a proveedores de atención médica.
- A proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención médica.
- A ofrecer programas para ayudarlo a estar más sano.

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud Grupal:** Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha acordado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información médica protegida (como el acuerdo de no usar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI:

- **Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de rechazar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de Suscripción:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamación de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.
- **Según lo Requiera la Ley:** Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o reglamentos rigen el mismo conflicto de uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Food and Drug Administration (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del Gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Aplicación de la Ley:** Es posible que divulguemos la PHI pertinente a un funcionario de la ley cuando se nos solicite para responder a un delito.

- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la adquisición, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la Salud y la Seguridad:** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas:** Si usted es miembro de las U.S. Armed Forces, es posible que divulguemos su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional; para actividades de inteligencia; al Department of State para determinaciones de adecuación médica; para la protección del Presidente; y a otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de Emergencia:** Es posible que divulguemos su PHI en una situación de emergencia, o bien si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, un amigo personal cercano, una agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia a fin de determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** Si usted es recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, es posible que divulguemos su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica se haya aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Autorización por Escrito:

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI:** Le pediremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibiremos una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Comercialización:** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

- **Notas de Psicoterapia:** Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

Derechos Individuales:

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, así como las divulgaciones a personas que participen en su cuidado o el pago de su cuidado, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se le aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el lugar o el medio de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.
- **Derecho a Acceder a su PHI y Recibir una Copia de Esta:** Tiene el derecho, con excepciones limitadas, de ver su PHI contenida en un conjunto de registros designado u obtener copias de esta. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones del rechazo. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.
- **Derecho a Modificar su PHI:** Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones o cambios a su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.

- **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a Presentar un Reclamo:** Si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que infringimos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llame al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**), o visite **<https://www.hhs.gov/guidance/document/filing-complaint-0>**.

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación:** Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

Información de Contacto

Preguntas sobre esta Notificación: Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por correo electrónico mediante la información de contacto que se indica a continuación.

Oklahoma Complete Health

Attn: Privacy Official

14000 Quail Springs Pkwy, Suite 650

Oklahoma City, OK 73134

OCH-Compliance@OklahomaCompleteHealth.com





Mi examen de salud de Oklahoma Complete Health

Este formulario de Mis exámenes de salud incluye información demográfica (del miembro) únicamente con fines de verificación. Debe completarse siguiendo todos los procedimientos de administración de la atención. Esta información se solicita en cumplimiento de las leyes federales aplicables, de la HIPAA, de los requisitos específicos de los contratos y de las leyes del estado de Oklahoma.

Información del miembro (datos demográficos)



**Escanee el código con su
teléfono para rellenar este
formulario en el portal
para miembros**

1 Nombre del miembro: _____

2 Número de teléfono preferido: _____

3 Dirección postal preferida: _____

4 Dirección de correo electrónico: _____

5 Origen racial:

☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska

☐ Blanco

☐ Asiático

☐ Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 6)

☐ Negro o afroamericano

☐ Prefiere no responder.

☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico

☐ No sé

6 Indique otro origen racial: _____

7 Origen étnico:

☐ Hispano o latino

☐ Prefiere no responder.

☐ Ni hispano ni latino

☐ No sé

☐ Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 8)

8 Indique otro origen étnico: _____

9 ¿Qué idioma prefiere hablar?

☐ Inglés

☐ Vietnamita

☐ Español

☐ Coreano

☐ Chino

☐ Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 10)

☐ Chino mandarín

☐ Sin respuesta

10 Indique otro idioma: _____

OklahomaCompleteHealth.com

Salud física

11 ¿Tiene algún antecedente de condiciones de salud física o cirugías? Si tiene alguno, explíquelo.

12 En general, ¿cómo calificaría su salud?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Mala (Si responde “Mala”, pase a la pregunta 13) |
| <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> No sé |

13 Explique el motivo por el que califica su salud como mala. _____

14 ¿Tiene un médico o un proveedor de atención de salud?

- ☐ Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 15) ☐ No ☐ No sé

15 ¿Cómo se llama su médico o proveedor de atención de salud? _____

***Es importante identificar a un médico o proveedor de atención de salud para ayudarle a cuidar su salud y en caso de que enferme.**

16 ¿Ha consultado a su médico o a su proveedor de atención de salud en los últimos 12 meses?

- ☐ Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 17) ☐ No ☐ No sé

17 ¿Para qué consultó a su médico en los últimos 12 meses?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visita de atención preventiva/
bienestar | <input type="checkbox"/> Visita poshospitalaria |
| <input type="checkbox"/> Visita por enfermedad | <input type="checkbox"/> Visita posterior a la consulta a la sala de emergencias |
| | <input type="checkbox"/> Otra visita (Si responde “Otra visita”, pase a la pregunta 18) |

18 ¿Para qué fue la otra visita? _____

***Los exámenes periódicos de bienestar pueden ayudarle a mantenerse lo más sano posible.**

19 ¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Tres veces o más |
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Dos veces | |

20 ¿Cuántas veces estuvo en el departamento de emergencia en los últimos 3 meses?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Tres veces o más |
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Dos veces | |

21 ¿Le ha dicho alguna vez un médico o proveedor de atención de salud que padece alguna de estas condiciones? (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis (Si responde “Sí”,
pase a la pregunta 22) | <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 2 | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Prediabetes | <input type="checkbox"/> Dificultad en el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Anemia de células
falciformes (sin rasgo) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 1 | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |

Nombre del miembro: _____

Identificación (ID) del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

22 ¿Qué tipo de artritis?

☐ Artrosis

☐ Artritis reumatoide

☐ No sé

23 ¿Alguna vez recibió un trasplante?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto hace?

☐ Hace más de 1 año

☐ Estoy en lista de espera para un trasplante

☐ En los últimos 12 meses

☐ No sé

24 ¿Tiene alguna otra condición que no figure en la lista anterior? _____

25 ¿Utiliza algún dispositivo de asistencia como bastón, andador, silla de ruedas, vehículo de transporte especial/silla de ruedas eléctrica, cama de hospital, grúa Hoyer u oxígeno?

☐ Sí (Proporcione detalles): _____

☐ No

☐ No sé

☐ Sin respuesta

26 ¿Recibe actualmente algún servicio en su domicilio, como atención de salud a domicilio, ayuda con las tareas del hogar, comidas entregadas a domicilio, atención para pacientes terminales o cuidado personal dentro o fuera del estado?

☐ Sí (Proporcione detalles): _____

☐ No

☐ No sé

☐ Sin respuesta

27 ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de salud física, incluidos los servicios de un proveedor fuera del estado?

☐ Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 28)

☐ No (Si responde "No", pase a la pregunta 29)

☐ No sé

28 Proporcione detalles de los tratamientos actuales para sus trastornos de salud física, incluidos el nombre y la ubicación del proveedor.

29 ¿Desea ayuda para recibir tratamiento para un trastorno de salud física?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

30 ¿Sabe si existe alguna autorización para servicios o procedimientos de salud física o del comportamiento, incluidos aquellos prestados por un proveedor fuera del estado?

☐ Sí (Proporcione detalles): _____

☐ No

☐ No sé

☐ Sin respuesta

31 ¿Está embarazada?

☐ Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 32)

☐ No sé

☐ No

☐ No se aplica

- 32** En la actualidad ¿recibe atención de un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) dentro o fuera del estado? Si responde “Sí”, proporcione detalles de los tratamientos actuales para su embarazo, y el nombre y la ubicación del proveedor.
-

- 33** ¿Cuál es su fecha de parto (mes/día/año)? _____

Medicamentos

- 34** ¿Cuántos medicamentos que le haya recetado su médico o proveedor de atención de salud toma actualmente?
- ☐ 0 medicamentos recetados
 - ☐ Entre 1 y 3 medicamentos recetados (Si marca entre 1 y 3, responda las preguntas 35-37)
 - ☐ Entre 4 y 7 medicamentos recetados (Si marca entre 4 y 7, responda las preguntas 35-37)
 - ☐ 8 o más medicamentos recetados (Si marca 8 o más, responda las preguntas 35-37)
 - ☐ No sé
- 35** ¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos como quiere su médico o proveedor de atención de salud?
- ☐ Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 36) ☐ No ☐ No sé
- 36** ¿Qué le impide tomar sus medicamentos? _____
- 37** ¿Alguna vez se olvida de tomar sus medicamentos?
- ☐ Sí ☐ No ☐ A veces ☐ No sé

Salud del comportamiento

- 38** ¿Tiene algún antecedente de condiciones de salud del comportamiento? Si tiene alguno, explíquelo.
-
- 39** Durante el último mes, ¿ha sentido decaimiento, depresión o desesperanza con frecuencia?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
- 40** ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de salud del comportamiento, incluidos los servicios de un proveedor fuera del estado?
- ☐ Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 41) ☐ No (Si responde “No”, pase a la pregunta 42) ☐ No sé
- 41** Proporcione detalles de los tratamientos actuales para sus trastornos de salud del comportamiento, incluidos el nombre y la ubicación del proveedor.
-
- 42** ¿Desea ayuda para recibir tratamiento para un trastorno de la salud del comportamiento?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Determinantes sociales de salud

- 1** En los últimos 2 meses, ¿ha vivido en una vivienda estable de su propiedad, en alquiler o como parte de un hogar?
- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Nombre del miembro: _____

Identificación (ID) del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

2 ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda?

- ☐ Tiene vivienda.
- ☐ No tengo vivienda (vivo en la casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en un auto, en el parque, etc.).
- ☐ Prefiero no responder.

3 En los últimos 12 meses, ¿la compañía proveedora de electricidad, gas o agua le ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Ya se cortó el servicio

4 En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

- ☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Muy a menudo

5 En los últimos 12 meses o desde la última vez que le preguntamos, ¿ha tenido problemas para llegar a sus citas médicas, a reuniones o al trabajo, o no ha podido obtener las cosas que necesita para su vida diaria debido a la falta de un transporte confiable?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

6 ¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que forman parte de su vida?

- ☐ Sí ☐ No (Si responde "No", pase a la pregunta 7) ☐ No sé

7 Explique cualquier problema de seguridad que tenga: _____

8 ¿Con cuál de los siguientes asuntos recibe ayuda actualmente? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Comida, proporcione detalles: _____
- ☐ Vivienda, proporcione detalles: _____
- ☐ Transporte, proporcione detalles: _____
- ☐ Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.), proporcione detalles: _____
- ☐ Atención médica, medicamentos, suministros médicos, proporcione detalles: _____
- ☐ Servicios dentales y de la vista, proporcione detalles: _____
- ☐ Solicitud de beneficios públicos (Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), etc.), proporcione detalles: _____
- ☐ Comprensión de información de salud o llenado de formularios médicos, proporcione detalles: _____
- ☐ Ayuda adicional para realizar actividades de la vida diaria, proporcione detalles: _____
- ☐ Cuidado de niños u otros asuntos relacionados con niños, proporcione detalles: _____
- ☐ Pago de deudas o préstamos, proporcione detalles: _____
- ☐ Problemas jurídicos, proporcione detalles: _____
- ☐ Empleo, proporcione detalles: _____
- ☐ Acceso a un teléfono que funcione, proporcione detalles: _____
- ☐ Acceso a internet, proporcione detalles: _____
- ☐ Otro, proporcione detalles: _____
- ☐ No recibo ayuda con ninguno de estos asuntos.

9 ¿Con cuál de los siguientes aspectos le gustaría recibir ayuda en este momento? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Comida, proporcione detalles: _____
- ☐ Vivienda, proporcione detalles: _____
- ☐ Transporte, proporcione detalles: _____
- ☐ Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.), proporcione detalles: _____
- ☐ Atención médica, medicamentos, suministros médicos, proporcione detalles: _____
- ☐ Servicios dentales y de la vista, proporcione detalles: _____
- ☐ Solicitud de beneficios públicos (Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), etc.), proporcione detalles: _____
- ☐ Comprensión de información de salud o llenado de formularios médicos, proporcione detalles: _____
- ☐ Ayuda adicional para realizar actividades de la vida diaria, proporcione detalles: _____
- ☐ Cuidado de niños u otros asuntos relacionados con niños, proporcione detalles: _____
- ☐ Pago de deudas o préstamos, proporcione detalles: _____
- ☐ Problemas jurídicos, proporcione detalles: _____
- ☐ Empleo, proporcione detalles: _____
- ☐ Acceso a un teléfono que funcione, proporcione detalles: _____
- ☐ Acceso a internet, proporcione detalles: _____
- ☐ Otro, proporcione detalles: _____
- ☐ No quiero ayuda con ninguno de estos asuntos.

Información general

Fecha en que se completó la evaluación: _____

Persona que completó la evaluación: _____

Relación con el miembro

- ☐ Paciente
- ☐ Representante del miembro con permiso
- ☐ Padre/madre o tutor
- ☐ Envolve
- ☐ Plan de salud
- ☐ Proveedor (Si responde "Proveedor", pase a la pregunta 2)
- ☐ Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 1)

1 Si tiene otra relación con el miembro, explique cuál: _____

2 Nombre de la agencia que realiza la evaluación: _____

Notificación de Embarazo de la Miembro

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a Oklahoma Complete Health al 1-833-752-1664 (TTY: 711) y al Programa SoonerSelect Children's Specialty al 1-833-752-1665 (TTY: 711). Este formulario también está disponible en línea en OklahomaCompleteHealth.com.

* Número de ID de Medicaid:

Su Nombre:

Su Apellido:

* Su Fecha de Nacimiento MMDDAAAA:

Identificación de Género: Número de Teléfono:

Dirección postal:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de Correo Electrónico:

Raza/Origen Étnico (seleccione todas las opciones que correspondan): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ No desea informar

☐ Indio Americano/Nativo Americano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico

☐ Hispano o Latino ☐ Otro Si pertenece a otro origen étnico, especifique:

¿Qué Proveedor/Clínica me está ayudando durante mi embarazo?:

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono:

Nombre de la Clínica (si corresponde):

Mi Situación Actual

Marque esta casilla si responde no a cualquiera de las siguientes preguntas: ☐

Tengo un teléfono.

Me siento bien en el lugar que vivo.

Me siento segura en casa y con la gente que me relaciono.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Puedo pagar mis cuentas de servicios públicos (combustible, agua, electricidad, etc.).

Información sobre mi Embarazo Actual

¿Fui a mi primera visita prenatal? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de embarazo tenía en su primera visita?

* Número de ID de Medicaid:

Apellido y Nombre:

Mi fecha prevista de parto es el (si no conoce su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su último período):

Este es mi primer embarazo ☐ Sí ☐ No

¿Dónde voy a dar a luz a mi bebé? (Hospital o centro de partos):

Marque las casillas que corresponden:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Múltiple (gemelos, trillizos) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos muy intensos |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, masticar tabaco o vapear) | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión (sensación de tristeza) | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (sensación de preocupación o estrés) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de ellos | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetaminas) |
| <input type="checkbox"/> Otras necesidades de salud | |

Explique

Mi Historial de Embarazo Anterior

Marque las casillas que corresponden:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Parto anterior antes de las 37 semanas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional (nivel alto de azúcar en sangre durante el embarazo) |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta durante el embarazo/preeclampsia o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Parto hace menos de 18 meses |
| <input type="checkbox"/> Toma progesterona en cualquier forma |
| <input type="checkbox"/> Cesárea anterior |
| <input type="checkbox"/> No tuve ninguno de estos o este es mi primer embarazo |
| <input type="checkbox"/> Otro |

Explique



